

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

No
723

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Fernandez URIARTE

Né le 22 Février 1909, à CUBA

Le double bruit ascitique
et le signe de la matité horizontale
dans la station debout

Président : Monsieur LÉPER, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

LE DOUBLE BRUIT ASCITIQUE
ET LE SIGNE DE LA MATITÉ HORIZONTALE
DANS LA STATION DEBOUT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Fernandez URIARTE

Né le 22 Février 1909, à CUBA

Le double bruit ascitique
et le signe de la matité horizontale
dans la station debout

Président : Monsieur LÉPER, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
Clinique médicale.....	Maur. VILLARET
Hygiène et clinique de la première enfance.....	ACHARD.
Clinique des maladies des enfants.....	BEZANÇON.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	CARNOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEREBOULET.
Clinique des maladies infectieuses.....	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale.....	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique.....	GOUGEROT.
Clinique urologique.....	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements.....	LEMIERRE.
Clinique gynécologique.....	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale.....	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TERRIEN.
Clinique propédeutique.....	MARION.
Clinique de la Tuberculose.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	COUVELAIRE.
Professeurs sans chaire.....	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie	FEY	Urologie.
BENARD Henri ..	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELIER	Pathologie chirurgicale
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.

MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
FORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphil- graphie.
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHIRAY	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	} Clinique chirurgicale
BASSET	
CADENAT	
HEITZ-BOYER .	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ	

MM.

GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

*Professeur de Thérapeutique
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié*

Qui a bien voulu me faire le
grand honneur de présider cette
thèse.

Respectueux hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMILLE LIAN

Professeur agrégé à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Tenon

Qui nous a inspiré l'idée de notre
thèse et nous a aidé à la poursui-
vre.

Témoignage de vraie reconnais-
sance et d'entier dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LA HAVANE

LE DOUBLE BRUIT ASCITIQUE ET LE SIGNE DE LA MATITÉ HORIZONTALE DANS LA STATION DEBOUT

Introduction

La Technique classique employée généralement pour le diagnostic des ascites et réalisée par les procédés habituels, laisse passer quelquefois inaperçu, un épanchement péritonéal peu abondant ; au contraire, avec les procédés qu'ont décrit M. le Professeur Agrégé C. Lian et Odinet, procédés que nous allons décrire ci-dessous (la percussion combinée à l'auscultation), on peut arriver à faire un diagnostic sûr et précoce de l'épanchement existant dans la cavité péritonéale, même lorsqu'il est très peu abondant.

Le plan de notre travail est le suivant :

Définition.

Symptomatologie et procédés classiques.

Technique et conditions fondamentales pour la recherche du double bruit ascitique.

Mécanisme.

Valeur séméiologique.

Observations.

Conclusions.

Définition

L'ascite est un syndrome caractérisé par l'épanchement intrapéritonéal d'un liquide habituellement séreux, de pathogénie complexe, lié à des causes multiples.

Selon l'expression de Courtois-Suffit : « C'est un rideau derrière lequel se cache une autre maladie ».

La constatation d'une ascite évoque des problèmes diagnostiques nombreux.

Etant donné la difficulté que l'on éprouve souvent à faire le diagnostic d'une ascite peu abondante, alors précisément que son existence pourrait avoir une grande importance clinique, nous croyons que la recherche de deux signes que nous étudions ci-dessous peut rendre de réels services et fournir d'utiles renseignements.

On n'a jamais trop de signes en clinique ; le diagnostic résulte le plus souvent non d'un fait isolé, mais d'un faisceau de constatations qui, prises séparément, peuvent ne présenter qu'une valeur médio-

cre, et dont l'ensemble entraîne la conviction. Or il est peu de syndromes moins riches en vrais symptômes que celui de l'ascite et au niveau de l'abdomen on est à juste titre assez réservé quand il s'agit de faire une ponction dans un but simple d'exploration.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie et procédés classiques

L'ascite débute dans la majorité des cas lentement et insidieusement, par une sensation de gêne après les repas, de gonflement ou de pesanteur de l'abdomen. Dans certains cas, le début est brusque ; dans d'autres cas, on pourrait constater, tout à fait au début, une période de météorisme ; une phase où selon les mots de Portal, « les vents précèdent la pluie ».

Signes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels sont en rapport avec la maladie causale et avec la gêne mécanique produite par l'accumulation de liquide dans le péritoine (soulèvement du diaphragme et du foie, compression de l'estomac et de l'intestin, compression des gros vaisseaux).

Ce sont des troubles digestifs variés, de la constipation, de l'oligurie, de la pesanteur, de la dyspnée.

Lorsque l'ascite est très abondante et l'abdomen très tendu, le malade est dans un état extrêmement

pénible, menacé de suffocation ou de syncope, réclamant instantanément une évacuation qui le soulagera.

Signes physiques. -- Ils sont fournis par l'inspection, la palpation et la percussion.

Inspection. — L'abdomen est étalé (ventre de battracien), l'augmentation de volume porte sur les flancs aussi bien que sur la région ombilicale ;

La peau est lisse, tendue ; parfois les téguments sont infiltrés d'œdème ; souvent on voit un réseau veineux sous-cutané se dessiner sur l'abdomen, particulièrement au voisinage de l'ombilic où il forme des arborisations connues sous le nom de « tête de Méduse ».

La cicatrice ombilicale, au lieu d'être déprimée comme normalement, est saillante, en doigt de gant.

La *palpation* permet souvent de noter un contraste entre l'élasticité de l'étage supérieur et la résistance des parois latérales de l'abdomen. Quant à l'examen des organes abdominaux, il n'est guère possible que dans les ascites modérées ou après ponction.

Le foie peut être petit ou gros, et donner la sensation du foie glaçon lorsque, hypertrophié, il baigne dans une ascite assez abondante.

A la *percussion*, le malade étant couché sur le dos, on trouve de la matité dans l'hypogastre et dans les flancs, c'est-à-dire dans les parties déclives ; cette matité est limitée par une courbe à concavité supérieure ; en faisant coucher le malade sur un côté, puis

sur l'autre, on produit des déplacements de la matité correspondant au déplacement du liquide qui s'accumule toujours dans les points les plus déclives ; ces déplacements manquent dans les ascites cloisonnées.

De même, en plaçant le malade dans la position genu-pectorale et en percutant la région ombilicale, on peut mettre en évidence, même lorsqu'il y a très peu de liquide, une zone de matité périombilicale.

A la palpation et percussion combinées on peut mettre en évidence le phénomène du flot. Si on frappe doucement sur le flanc gauche par exemple, ou si on y donne une chiquenaude, la main placée à plat sur le flanc droit, perçoit l'ébranlement.

Pour rechercher le phénomène du flot, on conseille de faire placer de champ sur l'abdomen la main d'un aide de façon à empêcher la propagation de l'ébranlement à travers les parois abdominales et à éviter l'erreur qui en résulterait ; toutefois, ce procédé a l'inconvénient d'atténuer beaucoup et même de supprimer le flot dans des cas où l'ascite est peu abondante, mais cependant certaine.

Le toucher vaginal peut déceler un abaissement de l'utérus et l'effacement des culs-de-sac vaginaux, une diminution de poids de l'utérus et une mobilité anormale du col.

CHAPITRE II

Le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale dans la station debout

Leur importance dans le diagnostic des petites ascites.

Technique dans la recherche du double bruit ascitique.

Si, chez un sujet normal, on donne une chiquenaude en un point de la paroi abdominale, ou qu'on frappe cette paroi avec un doigt recourbé en marteau, tandis qu'on ausculte au même moment avec un stéthoscope en un second point assez distant du premier, on entend un bruit unique, bref, de tonalité plus ou moins élevée suivant le degré de tonicité et de distension de la paroi.

Mais, chez les ascitiques, la sensation auditive ob-

tenue est toute différente, et, au lieu d'un bruit unique, on entend deux bruits juxtaposés, *mais cependant très distincts l'un de l'autre*.

Le premier d'entre eux correspond à celui que l'on perçoit chez le sujet normal; le second, au contraire, plus intense et plus long, traduit la présence de l'épanchement péritonéal.

Nous avons pu d'ailleurs contrôler nos sensations subjectives par l'enregistrement graphique au moyen d'un microphone de Boulitte mis en connexion avec un électrocardiographe (et nous avons pu observer la différence des tracés obtenus en comparant l'un à l'autre).

Pour obtenir ce bruit avec le maximum de netteté et réduire au minimum les chances d'erreur, il suffit de se souvenir des conditions fondamentales suivantes :

1° Le point de percussion et le point d'auscultation doivent être suffisamment éloignés l'un de l'autre, et le mieux nous paraît être de choisir deux points symétriques dans les fosses iliaques ou même dans les flancs.

2° Il importe d'une part d'effleurer seulement la paroi abdominale avec le pavillon du stéthoscope, d'autre part de ne pas imprimer à la paroi abdominale une trop forte secousse. Sinon, il peut se produire une sorte de ballotement de la paroi que l'on suit des yeux, et qui, venant frapper le stéthoscope, produit un deuxième bruit, d'où une sensation auditive rappelant le double bruit ascitique; l'interposi-

tion de la main sur la ligne médiane supprime cette cause d'erreur.

3° Les stéthoscopes bi-auriculaires qui permettent d'entendre avec le plus de facilité le double bruit ascitique sont ceux qui se terminent par un pavillon conique ou plat et n'ont pas de membrane vibrante. On l'entend également avec le classique stéthoscope en bois. Mais ce signe peut manquer de netteté avec un stéthoscope à plaque vibrante, dans ce cas le mieux est de dévisser et d'enlever la membrane vibrante.

CHAPITRE III

Mécanisme

Le double bruit ascitique est dû à la succession du bruit normal de percussion abdominale et d'un bruit surajouté, ce dernier étant la traduction auditive du déplacement imprimé au liquide ascitique dans la cavité abdominale.

Cette étude stéthoscopique du bruit ascitique conduit à mieux interpréter les sensations fournies par la combinaison classique de la percussion avec la palpation, et montre la supériorité pratique de la combinaison de la percussion avec l'auscultation.

Si l'on imprime une secousse à la paroi d'une fosse iliaque, la main qui palpe l'autre fosse iliaque perçoit un ébranlement chez tous les sujets, qu'ils soient malades ou bien portants.

Une main interposée sur la ligne médiane gêne la transmission de cet ébranlement, mais ne l'empêche pas. En effet, les vibrations perçues ne sont pas limitées à la paroi abdominale, car il y a aussi une va-

riation de pression intra-abdominale provoquée par la secousse pariétale.

S'il s'agit d'un malade ayant une ascite, la secousse imprimée à une fosse iliaque se traduit à la palpation de l'autre fosse iliaque par un petit ébranlement suivi d'un véritable choc, ce dernier constituant le flot ascitique. A dire vrai, l'attention est monopolisée par le flot ascitique, et le petit ébranlement qui le précède, très net à l'auscultation, n'est en général pas perçu à la palpation.

Ainsi donc, lors de la percussion d'une fosse iliaque, la palpation de l'autre fosse iliaque fait percevoir pratiquement un ébranlement pariétal qui est faible chez les sujets sains, et fort chez les porteurs d'une ascite.

Dans une ascite importante, la sensation tactile est assez différente de l'ébranlement abdominal physiologique pour entraîner sans discussion le diagnostic d'ascite.

Mais il n'en est pas de même dans les ascites peu abondantes, car le flot ascitique, moins intense, ne se différencie plus aussi aisément de l'ébranlement abdominal provoqué par toute secousse de la paroi.

La supériorité de l'auscultation apparaît alors évidente, car elle ne fait pas constater comme la palpation une sensation unique variant seulement d'intensité selon l'existence ou l'absence de l'ascite, elle donne au contraire une sensation tout à fait caractéristique : bruit unique en l'ab-

sence d'ascite, double bruit s'il existe une ascite, et cela même si l'épanchement est de minime abondance.

Quant au ballottement de la paroi provoqué par une trop forte secousse, il peut constituer une cause d'erreur aussi bien dans la palpation que dans l'auscultation combinée à la percussion.

En effet, il donne naissance à un fort choc pulsatile ou à un fort bruit qui suit, comme le flot ascitique, le léger choc ou le léger bruit qui sont dus à la vibration intra-abdominale conséquence de toute secousse. Cette cause d'erreur de la palpation et de l'auscultation est supprimée par l'interposition d'une main sur la ligne médiane.

Le double bruit par ballottement de la paroi est surtout entendu lorsque le pavillon stéthoscopique et le doigt frappant la paroi ne sont pas très éloignés : au fur et à mesure que le stéthoscope s'éloigne, le double bruit est de moins en moins intense ; il est formé d'ailleurs de deux bruits très rapprochés. C'est l'inverse dans le double bruit ascitique : il est surtout net lorsqu'on percute un flanc et qu'on ausculte l'autre ; enfin, *il est formé de deux bruits très distincts.*

C'est dire que l'interposition de la main est en général inutile, à la double condition d'une part de ne pas provoquer un trop fort ébranlement de la paroi, d'autre part de percuter et d'ausculter respectivement la partie externe des deux fosses iliaques ou les deux flancs.

CHAPITRE IV

Valeur séméiologique du double bruit ascitique

Il est bien évident qu'au cours des ascites de moyenne et de grande abondance, le bruit de flot ascitique n'est pas indispensable pour porter un diagnostic. Ce n'est qu'un symptôme de plus qui s'ajoute à ceux qui ont été antérieurement décrits.

L'augmentation de volume de l'abdomen, sa déformation en obusier, en besace ou en ventre de batracien suivant la position du malade et le degré de résistance de la paroi abdominale ; l'existence en position couchée d'une zone de matité en forme de croissant à concavité supérieure occupant les flancs et l'hypogastre ; les modifications de la sonorité et de la matité suivant la position du malade sont autant de symptômes qui permettent le diagnostic sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la recherche du double bruit ascitique.

Mais au contraire, **dans les petites ascites, le double bruit ascitique prend une importance de premier plan: sans lui nous aurions dans certains cas méconnu l'existence d'un petit épanchement péritonéal.**

En effet, il n'est pas rare que, pour une petite ascite, les résultats de l'examen abdominal par la percussion et la palpation dans le décubitus laissent le diagnostic hésitant.

Même l'excellente manœuvre de la percussion successive des flancs dans le décubitus latéral droit et gauche ne résout pas toujours le problème. Il arrive que la sonorité des flancs soit seulement atténuée et qu'elle ne varie pas franchement dans les deux décubitus latéraux.

Dans ces cas, la recherche du double bruit ascitique dans le décubitus dorsal vient lever toutes les difficultés.

Toutefois, il arrive que, dans les très petites ascites ou dans les ascites accompagnées d'un gros œdème de la paroi, le double bruit ascitique ne soit pas perçu chez le malade en décubitus dorsal : il faut en pareil cas rechercher le double bruit ascitique dans la station debout. Cette dernière manœuvre donne toujours des résultats décisifs. En effet, ce signe augmente beaucoup d'intensité dans la station debout, car cette attitude accroît la surface de contact du liquide ascitique et de la paroi abdominale.

La netteté du signe dans la station debout est encore accrue, dans les cas délicats, par la comparaison de la percussion auscultée au-dessus et au-dessous de la ligne de matité horizontale.

En somme, nous estimons que **dans les ascites minimales on entend toujours le double bruit ascitique dans la région sous-ombilicale, le malade étant dans la station debout.**

Cette attitude présente en outre le grand avantage de faire déceler par la percussion le signe caractéristique qu'est le **signe de la matité horizontale**

En effet, comme d'autres auteurs l'ont certainement remarqué avant eux, mais sans en faire à notre connaissance l'objet d'une publication, M. le Professeur Lian et Odinet ont constaté que, **dans la station debout, la zone mate est limitée chez les ascitiques dans sa partie supérieure par une ligne horizontale.**

Ils ont été également frappés du fait que cette ligne était très haut située, puisque, pour une ascite dépassant peu l'ombilic sur la ligne médiane dans le décubitus dorsal, la matité remplit presque tout l'abdomen dans la station debout.

Pour une ascite n'atteignant pas l'ombilic sur la ligne médiane dans le décubitus dorsal, la matité dépasse de plusieurs travers de doigt l'ombilic dans la station debout. Enfin dans les très petites ascites où il n'y a pas de matité bien nette sur la ligne médiane dans le décubitus dorsal, la matité horizontale dans la station debout passe par l'ombilic ou près de lui.

Voici plusieurs observations qui nous paraissent très démonstratives pour montrer la valeur du double bruit ascitique dans des circonstances où la symptomatologie classique était en défaut.

Observations

OBSERVATION

Mme G..., âgée de 38 ans, était en traitement à la salle Axenfeld pour une maladie mitrale arrivée à la phase asystolique. Il existait un œdème considérable des membres inférieurs remontant sur la paroi abdominale antérieure jusqu'au voisinage de l'ombilic.

La percussion de l'abdomen en décubitus dorsal dans le but de rechercher une petite ascite montre une légère diminution de la sonorité dans les deux flancs ; mais les changements de position de la malade, et en particulier le décubitus latéral droit ou gauche, n'influent en rien sur la forme des zones de sonorités ou de submatité. Par contre, le double bruit ascitique est des plus nets et permet à lui seul d'affirmer le diagnostic d'ascite.

L'existence de cette ascite put d'ailleurs être immédiatement confirmée par l'examen dans la position debout qui montra dans l'hypogastre l'existence d'une matité franche à limite supérieure horizontale atteignant l'ombilic.

C'est seulement plusieurs jours plus tard que les signes classiques devinrent assez nets pour permettre à eux seuls d'affirmer l'existence de l'épanchement péritonéal.

OBSERVATION

M... Gabriel, âgé de 47 ans, est atteint d'insuffisance ventriculaire gauche avec crises angineuses typiques.

On trouve à l'examen physique un bruit de galop protodiastolique et un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, une hépatomégalie, quelques râles de congestion des bases et un léger œdème de la face dorsale du pied droit. Mais on ne trouve dans le décubitus horizontal aucun signe classique d'ascite : le double bruit ascitique fait également défaut.

Dans la station debout, on ne trouve pas non plus de zone de matité sus-pubienne à limite supérieure horizontale. Mais la recherche du bruit de flot ascitique juste au-dessus de la symphyse pubienne est positive et permet le diagnostic d'ascite de très minime abondance.

Cette ascite augmente d'ailleurs d'intensité dans les semaines suivantes et persiste dès lors pendant toute la durée de la maladie.

OBSERVATION

M. K..., âgé de 68 ans.

Depuis le début d'avril, anorexie légère, douleur dans l'hypocondre droit, amaigrissement.

Le 22 avril 1934, début d'un ictère chronique par rétention avec urines foncées, matières décolorées, pigments et sels biliaires dans les urines, pas de bradycardie, pas de prurit.

Le 17 mai 1934, le malade entre à l'hôpital; amaigrissement depuis le 1^{er} avril de 10 kgs. Hépatomégalie ; foie lisse et régulier à droite, lobe gauche augmenté, on ne perçoit pas de vésicule ; température oscillante entre 37 et 38°.

Antécédents : typhoïde, pas de lithiase, urée 0'40. Temps de saignement : 2 minutes 1/2. Temps de coagulation : 6 minutes.

On a trouvé une ascite peu abondante, et avec netteté, seulement dans la station debout, en recherchant le signe de la matité horizontale. A la percussion on a pu délimiter cette ligne de matité horizontale, arrivant à la partie moyenne de la distance entre le pubis et l'ombilic.

Par les procédés classiques, on n'aurait pas pu affirmer le diagnostic d'ascite.

Actuellement le malade vient d'être opéré.

Hôpital Bichat (Salle Payrot). Service du Docteur Mondor :

OBSERVATION

Hôpital Tenon, salle Lelong :

M. M..., âgé de 22 ans, est venu consulter le 8 juin 1934 parce qu'il était œdématié et gêné pour respirer ; il entre le même jour dans le service. A l'examen : on est en présence d'un malade infiltré d'œdèmes. L'œdème dur, non douloureux, siège aux membres inférieurs, remontant jusqu'aux cuisses qui semblent augmentées de volume. Le visage et particulièrement les lèvres sont cyanosés, ainsi que les extrémités des doigts et les ongles.

Le foie est gros, débordant d'un travers de main le rebord costal ; il existe un épanchement pleural bilatéral, ponctionné à droite : 1.150 cc. sont évacués ; le liquide est clair, limpide, très légèrement teinté en jaune, ne coagulant pas.

L'examen du cœur montre une pointe battant dans le 5^e espace, à 2 centimètres en dedans et au-dessous du mamelon ; elle paraît fixée dans les diverses positions que l'on fait prendre au malade (symphyse cardiaque).

L'auscultation ne révèle aucune lésion orificielle. T. A. : 10-7. Antécédents : à 15 ans le malade a présenté une adénopathie axillaire droite, qui nécessita un séjour de 5 mois 1/2 dans un préventorium. A 20 ans le malade a fait un épisode pulmonaire aigu à gauche, avec fièvre à 40° pendant 3 jours, toux et expectoration peu abondante.

Examen complémentaire du malade :

Le malade étant couché dans le décubitus dorsal : à la percussion, rien de particulier ; cependant dans la région du flanc droit, par la percussion, on constate qu'il y a de la sonorité.

Le malade étant couché sur le flanc droit, on constate que la sonorité diminue beaucoup d'intensité, mais il n'y a pas de disparition complète (il serait même difficile de la distinguer d'une sonorité presque tympanique).

Le malade étant couché sur le dos, la percussion du flanc gauche montre qu'il y a de la matité ; le flanc gauche étant en l'air, la matité persiste. Le malade étant debout : on trouve par la percussion de la matité à limite supérieure horizontale à un travers de doigt, au-dessous de l'ombilic. Il faut signaler que par la percussion forte on n'a pas l'impression qu'il y a de la matité. Mais comme la percussion de l'abdomen, combinée à l'auscultation, a montré l'existence d'un double bruit, on a recherché de nouveau la matité en percutant d'une façon extrêmement douce et on a trouvé alors la matité avec beaucoup plus de netteté et de précision.

Le malade étant debout, on a trouvé *le double bruit*, on entend le bruit de percussion suivi de près d'un autre bruit distinct.

Il faut signaler que l'on trouve le double bruit, aussi bien quand le malade est debout que couché,

Le bruit de flot peut-il se rencontrer en dehors de l'ascite, et notamment dans les épanchements liquides enkystés de la cavité péritonéale ? Nous n'avons jamais jusqu'à présent pu le constater en dehors des ascites libres, malgré toutes les recherches que nous avons faites chez des malades atteints d'affections diverses et chez lesquels les signes cliniques pouvaient prêter à discussion avec ceux d'une ascite.

Nous avons constaté son absence dans un cas de distension vésicale énorme chez un tabétique, et nous ne l'avons non plus rencontré dans plusieurs cas de rétention d'urine que nous avons eu l'occasion d'examiner et où nous l'avons de parti pris recherché. Sa constatation nous a même permis d'infirmer un diagnostic de distension vésicale et de conclure par le seul examen clinique en faveur d'une petite ascite, comme en témoigne l'observation suivante :

OBSERVATION

M. Louis C... est en traitement, salle Lelong, pour bacilliose pulmonaire. Au cours du premier examen, on constate chez ce malade, qui se plaint de difficultés de la miction, un léger œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale en même temps qu'une augmentation de volume de l'abdomen.

La percussion de l'hypogastre révèle l'existence d'une très légère submatité hypogastrique ne semblant pas se déplacer avec les mouvements du malade.

Mais le bruit de flot ascitique recherché à ce niveau est perçu avec la plus grande netteté et permet d'affirmer qu'il s'agit d'une ascite de petit volume et non d'une distension vésicale. Un cathétérisme vésical confirme d'ailleurs ce diagnostic en montrant la vacuité absolue de la vessie.

Il est de même classique de signaler les difficultés de diagnostic entre une petite ascite et un kyste de l'ovaire, et nous croyons que dans ce cas encore la recherche du double bruit ascitique sera d'un précieux secours pour faire la distinction entre les deux affections. Cette difficulté s'est rencontrée chez une de nos malades atteinte d'un kyste de l'ovaire volumineux, pédiculé et mobile dans la cavité abdominale.

OBSERVATION

Mme D..., âgée de 71 ans, est soignée salle Axenfeld pour troubles cardiaques. On constate à l'examen de l'abdomen l'existence d'une zone de matité sus-pubienne, dont la limite supérieure est difficile à préciser et qui se déplace légèrement suivant la position de la malade. Mais on ne trouve ni en position couchée, ni en position debout de double bruit ascitique,

et ce symptôme permet d'éliminer le diagnostic d'ascite et de conclure en faveur d'un kyste de l'ovaire. Ce dernier diagnostic se trouva confirmé ultérieurement à l'autopsie.

D'ailleurs, même si à titre exceptionnel un kyste de l'ovaire se montrait susceptible de donner un double bruit par la percussion auscultée, une erreur de diagnostic serait empêchée par la recherche de la matité horizontale dans la station debout.

En effet, contrairement à ce qui se passe dans l'ascite, la matité d'un kyste de l'ovaire ne serait pas limitée à sa partie supérieure, chez un malade debout, par une ligne horizontale.

Conclusions

Une chiquenaude dans une fosse iliaque fait entendre dans l'autre fosse iliaque à l'état normal un bruit unique et dans l'ascite un double bruit, composé du bruit normal suivi d'un bruit plus intense et plus long (bruit de flot péritonéal).

Cette sensation stéthoscopique est dans bien des cas plus décisive que la palpation combinée à la percussion. Ce dernier mode d'exploration fait percevoir un seul ébranlement de la paroi, léger à l'état normal, plus intense dans l'ascite.

Aussi, pour peu que la sensation tactile de flot ne soit pas très intense, elle peut se confondre avec l'ébranlement pariétal physiologique.

Le double bruit ascitique peut manquer dans le décubitus dorsal pour les ascites peu abondantes. Mais il est accentué dans la station debout où il est constant, même dans les épanchements les plus minimes. Il devient alors d'un grand secours pour le diagnostic.

Dans la station debout, on trouve également un signe précieux, le signe de la matité horizontale.

La netteté dans la station debout du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale fait que le diagnostic des petites ascites devient facile, si peu abondant qu'il soit l'épanchement, par la recherche systématique de ces deux symptômes.

LE DOYEN,
ROUSSY.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LÉPER.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CHARLÉTY.

Bibliographie

- LIAN et ODINET. — De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite. Importance du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale dans la station debout pour le diagnostic des ascites de minime abondance. (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, Séance du 10 juillet 1931, n° 25, p. 1402.)
- LIAN et ODINET. — Le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale dans la station debout. Leur importance dans le diagnostic des petites ascites. (*Presse Méd.*, août 1934, p. 1337.)
- TRÉMOLIÈRES. — Diagnostic des ascites. (*Rev. de Méd. Par.*, 47, 27 janvier 1930.)
- TOURNEUX. — Les ascites. (*Séméiol. Clin. in Concours Méd.*, 15 avril 1923.)
- TARTINVILLE. — Contribution à l'étude de quelques ascites. (*Thèse de Paris*, 1930.)
- F.-J. COLLET. — Ascites. (*Pat. Méd.*)
- M. LABBÉ et G. VITRY. — Ascites. (*Pat. Méd.*)
- ESCALIER. — Séméiologie et diagnostic des ascites. (*Le Jeune Médecin*, juin 1926.)

- Ch. LESIEUR et J. REBATTU. — Contribution à la séméiologie de l'ascite. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon.*)
- A. SCHWARTZ. — Les divers aspects de l'ascite libre. (Extrait du « *Paris Méd.* », 13 août 1932.)
- E. COTTIN (Mlle). — Le flot lombo-abdominal de Bard dans les épanchements péritonéaux. (*Le Progrès Méd., Presse Méd.*, juin 1934.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
Définition	17
Symptomatologie et procédés classiques	19
Technique et conditions fondamentales pour la recherche du double bruit ascitique	23
Mécanisme	26
Valeur séméiologique	29
OBSERVATIONS	33
CONCLUSIONS	41



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



